

INFORMACIÓN MÉDICA PARA BEBÉS RECIÉN NACIDOS

Gracias por traer a su bebé a un lugar seguro. Queremos asegurarle que nosotros le daremos a su bebé el mejor cuidado posible. Por favor ayude a su bebé llenando este formulario. La información que usted proporciona facilitará proveerle una mejor atención médica a su niño. Es probable que usted no sepa todas las respuestas – lo cual está bien, pero por favor proporcione toda la información que pueda para su bebé. **Esta información no será usada para su identificación, ni tampoco se usará para intento de su localización.**

Proporcionar esta información es voluntario.

¿Cuál es la fecha de nacimiento de su bebé? _____ ¿Nació el bebé prematuro? Sí No

¿Hubo algún problema con el embarazo o el parto? Sí No Si responde Sí, ¿cuáles fueron?

¿Fue usted maltratada físicamente durante el embarazo? Sí No Si responde Sí, por favor describa:

¿Dónde dejó usted a su bebé? _____ Fecha: _____

MADRE

PADRE

¿Tiene la madre del bebé alguna condición médica tal como:

- Diabetes
- Asma
- Alergias
- Ataques Epilépticos
- Cáncer
- Enfermedad del Corazón
- Presión Arterial Alta
- Enfermedad Mental
- Enfermedad de Transmisión Sexual
- Otra, por favor describa: _____

¿Hizo la madre uno de los siguientes antes de o durante el embarazo?

- Fumar
 - Usar alcohol
 - Usar drogas o medicamentos
- Si responde Sí, ¿qué tipos de drogas o medicamentos?

La madre del bebé es:

Edad _____ Raza _____

Color del cabello _____ Contextura física _____

¿Tiene el padre del bebé alguna condición médica tal como:

- Diabetes
- Asma
- Alergias
- Ataques Epilépticos
- Cáncer
- Enfermedad del Corazón
- Presión Arterial Alta
- Enfermedad Mental
- Enfermedad de Transmisión Sexual
- Otra, por favor describa: _____

¿Hizo el padre uno de los siguientes antes del embarazo?

- Fumar
 - Usar alcohol
 - Usar drogas o medicamentos
- Si responde Sí, ¿qué tipos de drogas o medicamentos?

El padre del bebé es:

Edad _____ Raza _____

Color del cabello _____ Contextura física _____

IMPORTANTE

Si usted decide que quiere a su bebé de regreso, llame al 1-800-752-6200. Si no se comunica con el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia en un plazo de 30 días naturales después de dejar a su recién nacido, el Gabinete procederá con la terminación involuntaria de sus derechos como padre y colocará a su bebé para la adopción.

NOTA AL PADRE

Si este formulario no es llenado cuando el niño es dejado en el lugar seguro, usted puede llenarlo y enviarlo a:

Division of Protection and Permanency
Department for Community Based Services
Cabinet for Health and Family Services
275 East Main Street, 3E-B
Frankfort, KY 40621

Usted puede escribir una carta a su bebé o a las personas que adoptarán a su niño al dorso de este formulario.